

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25277>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Zo wordt blaastra

Praktijkvoorbeeld verpleegkundige diagnose

Rond het derde levensjaar begint een kind zijn behoefte op een daarvoor bestemde plaats te doen. Als dit in het zesde levensjaar nog niet het geval is, lijden kinderen aan enuresis of zijn incontinent. Een manier om deze kinderen droog te krijgen is het geven van blaastraining. Steeds vaker geven gespecialiseerde verpleegkundigen een dergelijke training.

Zowel kinderen met incontinentie als kinderen met enuresis kunnen door blaasstraining droog worden. Dit artikel gaat alleen over kinderen met enuresis. Wel wordt ingegaan op het verschil tussen enuresis en incontinentie. De blaastraining die wordt besproken, is gebaseerd op verpleegkundig methodisch handelen en de PES-structuur. De P staat voor 'probleem', de E voor 'etiologie of oorzaken' en de S voor 'symptomen'. Een mictiedagboek is bij de verpleegkundige behandeling van kinderen met enuresis een belangrijk meet- en biofeedbackinstrument.

De casus

Jonas is tien jaar. Hij wordt door de huisarts doorverwezen met de klachten incontinentie en recidiverende urineweginfecties. Hij verliest zowel overdag als 's nachts urine en is regelmatig incontinent voor ontlasting. Hij

heeft een oudere broer, Dirk, die lichamelijk gehandicapt is. Zijn jongere zusje, Lisa, is een nakomertje. Ze is acht jaar jonger dan Jonas en op het moment dat de training begint dus twee jaar. Vier jaar geleden is broer Dirk naar een gezinsvervangend tehuis gegaan en hij komt nu één keer in de twee weken het weekend en de vakanties thuis. Vader werkt in de horeca en moeder werkt als oproepkracht in de gezinszorg. Oma past op als de ouders tegelijkertijd moeten werken. Jonas wordt, nadat hij uitvoerig onderzocht is door de kinderuroloog, doorverwezen naar de verpleegkundig specialist voor blaastraining.

Diagnostische onderzoeken

De zindelijkheidstraining kan pas beginnen als kinderen voldoende controle over hun blaas en sluitspier hebben. Dit is in de loop van het tweede levensjaar. Als kinderen in het zesde levensjaar nog niet zindelijk zijn, kan er sprake zijn van enuresis, incontinentie, onzindelijkheid.

Nauwkeurig onderzoek bij kinderen met urineverlies toont aan dat we onderscheid kunnen maken tussen twee hoofdgroepen:

- kinderen bij wie geen aangeboren afwijkingen en/of dysfuncties van het urogenitaal stelsel zijn aan te tonen;
- kinderen die dergelijke afwijkingen wél hebben.

In het eerste geval spreken we over enuresis, in het tweede geval over incontinentie. Omdat beide groepen een verschillende behandeling vereisen, is het belangrijk te weten tot welke groep het kind behoort. Zonder diagnostische onderzoeken is het onderscheid tussen enuresis en incontinentie moeilijk te maken. Kinderen worden daarom vaak verkeerd beoordeeld. Zo werd in de zestiger jaren urineverlies bij kinderen vooral als een uiting van psychische problemen gezien. Kinderen met gedragsproblemen zouden enuresis hebben en kinderen zonder gedragsproblemen zouden incontinent zijn. Dit klopt echter niet. Ook bij kinderen met

incontinentie kunnen namelijk gedragsproblemen voorkomen. Deze zijn dan echter niet de oorzaak van het urineverlies, maar het gevolg ervan. Zo zullen kinderen die aan urge-incontinentie lijden erg veel moeite hebben met zindelijk worden. Zolang de incontinentie niet wordt verholpen, zal het kind steeds ongelukjes hebben. Zelfs als het heel vaak gaat plassen, is het toch regelmatig nat. Het kind raakt daardoor ontmoedigd en kan het probleem gaan negeren door niet meer naar de wc te gaan en gewoon in een natte broek te blijven lopen.

Voor de afbakening van het begrip enuresis is óók het begrip (on)zindelijkheid van belang. Omdat kinderen beneden een bepaalde leeftijd nog niet in staat zijn controle uit te oefenen op hun mictiereflex (plasreflex), kan tot die leeftijd nog geen sprake zijn van enuresis. Ook moet natuurlijk een serieuze poging tot zindelijkheidstraining zijn gedaan voordat sprake kan zijn van enuresis. Pas als dat gebeurd is en het kind desondanks na de vijfde verjaardag nog regelmatig een natte broek heeft, is er inderdaad een probleem.

Bij enuresis gaat het dus om kinderen die overdag en/of 's nachts in de broek plassen, vanaf de leeftijd dat men redelijkerwijs mag aannemen dat het kind droog kan blijven. Ook moet een poging tot zindelijkheidstraining mislukt zijn en mogen geen aantoonbare afwijkingen aan het urogenitale stelsel ten grondslag liggen aan het probleem.

Mislukken zindelijkheidstraining

Een kind kan alleen zindelijk worden als aan een aantal voorwaarden is voldaan. Een potje of wc moet in de buurt zijn en het kind moet weten wat van hem verwacht wordt (zindelijkheidstraining). Kinderen verschillen erg in wat ze aan training nodig hebben om zindelijk te worden. Het ene kind zal bijna vanzelf het voorbeeld van een ouder broertje/zusje of ouder volgen en aangeven dat het op het potje wil plassen. Andere kinderen hebben meer hulp (structuur) nodig. »

ining een succes

*Tijdens stap twee van de
zindelijkheidstraining krijgen de kinderen
een horloge dat een piepsignaal geeft als
het tijd is om te plassen*



Iemand moet hen bijvoorbeeld een tijd lang elke twee uur op het potje zetten om te proberen te plassen, voordat ze dit gedrag zelf overnemen.

Als er problemen zijn met het zindelijk worden, is het van belang te weten in welke ontwikkelingsfase het kind zich bevindt. Op de leeftijd van twee à drie jaar kunnen de problemen bijvoorbeeld samenhangen met de koppighedsfase. Het kind wil niet eten, niet gaan slapen en ook niet op het potje zitten. Op de leeftijd van drie à vier jaar wil een kind vaak zelf bepalen hoe het zijn behoefte doet en wil het zijn eigen tempo bepalen. Ook gunt het kind zich soms geen tijd om naar de wc te gaan, omdat het zo druk is met spelen. Daarnaast kan een groei-achterstand ten grondslag liggen aan het mislukken van zindelijkheidstraining. Het kind is dan later dan andere kinderen eraan toe om zindelijk te worden. Ook kunnen spanningen en wanorde in het gezin de zindelijkheidstraining negatief beïnvloeden. Bij ernstige gedragsproblemen is het raadzaam de hulp van een kinderpsycholoog in te roepen.

Een blaastraining kan alleen succesvol zijn als de betreffende verpleegkundigen van tevoren weten wat er met het kind aan de hand is. Wanneer de diagnose niet correct is en het kind daardoor een verkeerde behandeling krijgt, kan dit nadelige gevolgen hebben. Het is voor kinderen heel frustrerend als ze hun best doen en er toch niets van de

training terechtkomt. Zo'n mislukking is slecht voor hun zelfvertrouwen en ook hun vertrouwen in de behandelaar wordt geschaad. Het zal veel moeite kosten het kind te motiveren om mee te werken aan een volgende behandeling.

Mictiedagboek

Om een goed beeld van de Ausgangssituatie van het kind te krijgen, dienen de ouders of het kind voor de training begint, een week lang een mictiedagboek bij te houden. Het mictiedagboek is een verpleegkundig instrument waarmee het urineverlies en alle daarmee samenhangende symptomen objectief en volledig in kaart is te brengen. Bij de blaastraining dient het mictiedagboek als meet- en als feedbackinstrument. Door het kind of de ouders elke dag op te laten schrijven hoe vaak het kind uit zichzelf gaat plassen en hoe vaak het in de broek plast, kan de verpleegkundige de ernst van de enuresis meten en dient het dagboek dus als meetinstrument. Met diezelfde gegevens in de hand kan de verpleegkundige samen met het kind bespreken hoe het de afgelopen week is gegaan. In dat geval is het dagboek een feedbackinstrument.

Let bij de bestudering van dit mictiedagboek op de volgende punten:

- Wanneer een kind erg vaak (meer dan acht keer) op een dag gaat plassen en toch re-

gelmatig nat is, zou er sprake kunnen zijn van urge-incontinentie.

- Plast het kind kleine plasjes of juist heel grote plassen voor zijn leeftijd, zoek dan eerst uit waar dat aan ligt. Om te bepalen wat een normaal plasvolume voor het kind is, maakt u de volgende rekensom: tel bij de leeftijd van het kind twee jaar op. Vermenigvuldig het zo verkregen getal met 30. De uitkomst van deze vermenigvuldiging geeft, met een marge van + 10 %, de maximale blaascapaciteit aan. Voor een kind van zes jaar komt dit neer op: $6+2=8$, $8 \times 30=240$, $10\%=24$, $240-24=216$, $240+24=264$. Een kind van zes jaar kan bij sterke drang tot plassen dus tussen de 216 en 264 milliliter in de blaas hebben.
- Het is mogelijk dat het kind ook ontlasting verliest. Dat kan meerdere oorzaken hebben: het kind is ook voor ontlasting nog niet zindelijk geworden, of het kind verliest ontlasting, bijvoorbeeld ten gevolge van obstipatie. In het eerste geval kan dit probleem bij de zindelijkheidstraining worden aangepakt. In het tweede geval is er vaak meer aan de hand. Begin dan nog niet met de blaastraining, maar zorg dat een arts de oorzaak van het ontlastingverlies van het kind behandelt.
- Heeft het kind regelmatig urineweginfecties, dan plast het kind waarschijnlijk niet goed uit. Er is dan sprake van 'dysfunc-

NOTEREN IN HET MICTIEDAGBOEK

Plassen:

- tijdstip van het bezoek aan de wc;
- soms moet de - met een maatbeker gemeten - hoeveelheid urine worden genoteerd;
- reden van het bezoek aan de wc (gestuurd of uit zichzelf gegaan).

Urineverlies:

- tijdstip van het urineverlies;
- hoeveelheid die verloren is (graad 1 = druppels, graad 2 = onderbroekje nat, graad 3 = bovenkleding nat);
- omstandigheden waaronder het urineverlies optreedt:
bezigheden: spelen, slapen, tv-kijken enzovoort
waarneming: wel of geen drang tot plassen gevoeld
reactie: blijft in natte broek lopen, gaat zich verschoenen;
- is het urineverlies wel of niet opgemerkt door het kind?

Vochtiname:

- tijdstip van inname;
- hoeveelheid;
- soort drank.



tional voiding' of 'dyssynergie'. Dysfunctional voiding betekent het niet goed leegplassen van de blaas. Het kind heeft een verkeerd plasgedrag en een slechte plasstechniek ontwikkeld. Dit uit zich in het te lang ophouden van de plas en het knijpen met de bekkenbodemspieren tijdens het plassen. Bij de blaastraining moeten deze kinderen eerst leren hoe ze moeten plassen. Let op: dysfunctional voiding komt vaak voor bij kinderen met urge-incontinentie. Deze kinderen hebben een ander trainingsprogramma nodig.

Een zogenoemde blaassfincter dyssynergie is vaak moeilijk van dysfunctional voiding te onderscheiden. Ook hierbij wordt de blaas niet goed leeg geplast door het aanspannen van de bekkenbodem tijdens het plassen. Bij dyssynergie is de oorzaak echter van neurologische aard. De mictiereflex wordt als het ware niet goed aangestuurd. De blaas en de bekkenbodem komen tegelijkertijd tot contractie: 'gas geven met de rem erop' heet dat. Ook deze kinderen hebben veel last van urineweginfecties. Als het residu na de mictie te groot is, moet bij deze kinderen een paar keer per dag de blaas met een catheter gelegeerd worden. Ook deze kinderen hebben een aangepast trainingsprogramma nodig.

Verpleegkundig methodisch handelen

Onder verpleegkundig methodisch handelen verstaan we het oplossen van een probleem volgens de stappen van het verpleegkundig proces. Het verpleegkundig proces is de logische volgorde (methode) van activiteiten die verpleegkundigen kunnen ondernemen als zij een probleem signaleren. Het verpleegkundig proces bestaande uit drie stappen: diagnosticeren, verpleegkundige interventie en evaluatie.

Diagnosticeren

Het diagnostisch proces bestaat uit vier onderdelen: het verzamelen, het interpreteren, het groeperen en het benoemen van de gegevens. Het diagnosticeren eindigt met het correct en volledig formuleren van het verpleegprobleem/de verpleegkundige diagnose. Een belangrijk hulpmiddel hierbij is de PES-structuur. Deze ziet er als volgt uit:

P(robleem) = in dit geval is dit enuresis;

E(tiologie of oorzaken) = in dit geval omschrijven we waarom de zindelijkheidstraining mislukt is;

S(ympptomen) = in dit geval omschrijven we hoe vaak en hoe ernstig nat het kind is en hoe vaak het (uit zichzelf) gaat plassen.

De verpleegkundige diagnose volgens de PES-structuur bij Jonas luidt:

P = enuresis;

E = mislukte zindelijkheidstraining, conflic-

ten tussen kind en ouders en moeilijke gezinsomstandigheden;

S = twee tot drie keer per dag in de broek plassen (graad 3).

Verpleegkundige interventies

Vervolgens worden doelen geformuleerd en interventies geselecteerd die passen bij de doelen. De verpleegkundige interventies richten zich op de oorzaken van het niet zindelijk worden.

*Bij de blaastraining dient
het mictiedagboek
als meet- en
feedbackinstrument*

Evaluatie

De verpleegkundige interventies worden geëvalueerd door de symptomen te registreren in het mictiedagboek. Zo kunnen we op de eerste plaats aantonen of en in welke mate de verpleegkundige interventie effect heeft. Op de tweede plaats zal het bijhouden van dit dagboek het kind motiveren om door te gaan met de behandeling als het ziet dat het vaker droog is.

Wat is er aan de hand?

De uroloog constateert dat Jonas rechts een reflux (het terugstromen van urine vanuit de blaas naar de nier) graad 1 (lichte mate) heeft. Die reflux zou een verklaring kunnen zijn voor de urineweginfecties. Verder vindt hij geen afwijkingen. De ouders gaan een mictiedagboek bijhouden en zullen dat meebrengen bij het eerste gesprek van de blaastraining.

Tijdens dat eerste bezoek neemt de verpleegkundige een verpleegkundige anamnese af. De onderwerpen zindelijkheidstraining, toiletgedrag, urineverlies, encopresis (broekpoepen), het gedrag van het kind en de relatie met de ouders komen in deze anamnese aan bod. De ouders van Jonas zijn erg terughoudend bij het beantwoorden van de vragen. In ieder geval blijkt uit de anamnese dat het gezin moeilijke tijden heeft doorgemaakt. Op het moment dat Jonas zindelijkheidstraining had moeten krijgen, was daar eigenlijk geen tijd voor. De oudere gehandicapte zoon had alle aandacht nodig. Toen het gezin tot rust kwam omdat Dirk naar een gezinsvervangend tehuis was gegaan, hebben de

ouders opnieuw geprobeerd Jonas zindelijk te krijgen. Maar dat is toen niet gelukt.

Aanpak

Ouders en kind krijgen nu eerst uitleg over wat blaastraining is. De verpleegkundige stelt een behandeling voor. Het komt erop neer dat de ouders onder begeleiding van de verpleegkundige Jonas opnieuw een zindelijkheidstraining geven.

Eerst stellen de ouders en verpleegkundige een 'plasschema' op. Het is de bedoeling dat dit schema zoveel mogelijk overeenkomt met de leefomstandigheden van het gezin. Belangrijk is dat alle betrokken opvoeders, vader, moeder, oma en de juf op school, het voorgestelde beleid volgen. De tijd tussen twee plassen in bedraagt twee tot drie uur. De eerste weken zijn de ouders er verantwoordelijk voor dat Jonas naar de wc gaat. Als het kind uit zichzelf al gaat, wordt het beloond met een complimentje.

Stap twee is dat het kind uit zichzelf moet leren gaan. De ouders stoppen met sturen en het kind krijgt een horloge te leen van de verpleegkundige. Dit horloge geeft een piepsignaal op de tijd dat Jonas moet gaan plassen.

In de laatste fase van de training leert Jonas zonder piephorloge uit zichzelf naar de wc te gaan.

Uit het mictiedagboek dat Jonas gedurende de week voor de training heeft bijgehouden, komt naar voren dat hij niet één keer uit zichzelf naar de wc gaat. Ook voor ontlasting gaat hij niet, of pas op het moment dat het fout gaat, naar de wc. De eerste op-

*Het 'plasschema' moet
zoveel mogelijk
overeenkomen met de
leefomstandigheden
van het gezin*

dracht aan de ouders is het kind op vaste tijden naar de wc te brengen en daarnaast te controleren of het kind dan toch nog nat is. Ook de momenten dat Jonas in zijn broek poept, zullen de ouders opschrijven.

Bij het tweede bezoek is er aandacht voor het goed uitplassen. Jonas plast op de flowmeter (een instrument dat de straal en de hoeveelheid van het plassen meet). Het plassen wordt niet onderbroken, de straal van het plassen is goed en de blaas is na het plas-

sen helemaal leeg. Vervolgens bespreken de ouders, de verpleegkundige en Jonas hoe het de afgelopen week gegaan is met de eerste opdracht. Er is niets van terecht gekomen. Jonas weigert naar de wc te gaan. Vooral bij oma komt er niets van terecht. Hij is nog meer nat geweest dan voordat hij aan de training begon. De verpleegkundige legt opnieuw uit waarom het belangrijk is dat Jonas regelmatig naar de wc gaat. Jonas belooft dat hij zijn best zal doen en de ouders zullen nog eens met oma praten. De verpleegkundige spreekt af dat zij bij het volgende gesprek eerst alleen met de ouders zal praten en daarna met Jonas.



De tweede week is het iets beter gelukt Jonas naar de wc te laten gaan. Ook oma werkt nu beter mee. Er zijn wel veel conflicten geweest afgelopen week. De ouders spreken nu, zonder Jonas erbij, gemakkelijker over de problemen die ze met hun kind hebben. Jonas luistert niet, is brutaal en erg jaloers op zijn jongere zusje. De ouders vinden het moeilijk om zoveel strijd aan te gaan met hun kind. In de tijd dat Dirk nog thuis was, hebben ze een tijd begeleiding gehad van een maatschappelijk werker. Bij deze maatschappelijk werker kunnen ze eventueel opnieuw terecht. Afgesproken wordt dat de ouders het slecht luisteren van Jonas met hem zullen bespreken.

Vervolgens roept de verpleegkundige Jonas binnen. Aan de hand van het mictiedagboek mag hij bij iedere dag van de afgelopen week vertellen wat er gebeurd is. Hij krijgt een complimentje voor elke keer dat hij wel geluisterd heeft naar zijn ouders en wel is gaan plassen. Met de ontlasting is het vier van de vijf keer een uur na de avondmaaltijd mis gegaan. Afgesproken wordt dat Jonas elke dag op een vaste tijd (een uur na het eten) vijf minuten gaat proberen om te drukken. Omdat er zo veel conflicten zijn over het naar de wc sturen, besluit de verpleegkundige het piephorloge te gaan gebrui-

ken. Het niet naar de ouders willen luisteren en het niet gaan plassen, wordt hierdoor uit elkaar gehaald. Lukt dit niet, dan zal de kinderpsycholoog geconsulteerd worden.

Vorderingen

Bij de volgende afspraak kan Jonas vertellen dat hij meer dan twee keer per dag uit zichzelf is gegaan. Trots laat hij het mictiedagboek zien. Ook met de ontlasting is het die week twee keer gelukt op de daarvoor bestemde tijd en plaats. Het zijn maar kleine vorderingen die Jonas maakt, maar omdat het mictiedagboek ook een kleine vooruitgang aantoont, kan de verpleegkundige Jonas belonen voor zijn goede gedrag. De week daarop is een echte doorbraak. Jonas is een aantal dagen helemaal droog geweest. De ouders vertellen trots hoe goed Jonas het gedaan heeft. Nu is het belangrijk om dat goede gedrag vast te houden. Voor elke droge dag mag Jonas nu een plakplaatje in het dagboek plakken. Dit is een nieuwe stimulans om het goede gedrag vol te houden. Pas als het kind een aantal weken regelmatig gaat plassen en droog is, wordt het piephorloge geleidelijk minder gebruikt. Met de ontlasting gaat het na zes weken training probleemloos. Hij gaat gewoon naar de wc als hij voelt dat hij moet.

Na drie maanden is de training afgerond. De begeleidende gesprekken met de maatschappelijk werker hebben daarna nog bijna een jaar geduurd. ■

Marian van der Weide, verpleegkundig specialist voor patiënten met incontinentie en/of urostoma in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen

Geraadpleegde literatuur

- Bouvy M. Zindelijkheidstraining opnieuw bekeken. In: congresbundel Onzindelijkheid en bedplassen; nieuwe inzichten en behandeling. Amsterdam: SIN/TNO, 1996.
- Bower WF, Moore KH, Adams R, Shepherd R. Frequency-volume chart data and family history trends from 322 enuretic children. 3rd International Children's Continence Symposium. Sydney: ICCS.
- Buitenhuis M, Schuurman J, Uittenbogaard B, Wienke D. Stap voor stap, een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen. Utrecht: SWP, 1991.
- Gool JD van. Onzindelijk of incontinent. In: congresbundel Onzindelijkheid en bedplassen; nieuwe inzichten en behandeling. Amsterdam: SIN/TNO, 1996.
- Hellsrom A, Hjalmas K, Jodal U. 1987. Rehabilitation of the dysfunctional bladder in children: Method and 3-year followup. Journal of Urology, 138, P. 847-849.
- Jong TVPM. Kinderurologie voor de algemene praktijk. Utrecht: TDS, 1995.
- Scholtmeijer RJ. Urologie. Leiden: Spruyt, van Mantgem & de Does BV, 1976.
- Scholtmeijer RJ. Urodynamisch onderzoek bij kinderen. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1984;128(19):889-892.
- Vijverberg MAW, Plomp AE, Jong TPVM. Als kind wordt niet vanzelf gaat. Utrecht/Antwerpen: De Persgroep, 1993.
- Weide MJA. Verpleegkundige diagnostiek en interventies voor patiënten met urine-incontinentie. Tijdschrift voor Verpleegkunde, 1996.

Regels

Ik rijd nooit door rood licht, ook 's nachts niet. Maar er zijn voldoende wegen in de stad, waar ik in het holst van de nacht graag mag optrekken tot 70 km/uur. Toch vind ik mijzelf een veilige rijder. Dat kan ik lang niet van alle medeweggebruikers zeggen. Voor sommigen lijkt er überhaupt niet zoiets als een rood stoplicht te bestaan. Als ik Minister van Verkeer en Waterstaat was, zou ik wegen, waarop niet sneller dan 50 km/uur mag worden gereden, bestraten met afgedankte kasseien en af en toe een onaangekondigde verkeersdrempel. Want, laten wij het daar over eens zijn, met regels alleen kom je er niet!

Als er één ontwikkeling is die de gezondheidszorg in Nederland de laatste tien jaar kenmerkt, dan is dat de wildgroei aan regeltjes, van hoog tot laag vastgelegd in nieuwe wetten, protocollen, standaarden en allerlei andere dwingende richtlijnen. Welke verpleegkundige handelingen zijn nog niet puntsgewijs tot in de meest futiele details op papier gezet? Ik steek niet graag mijn kop in 't zand, maar publicaties in vakbladen over wettelijke regelgeving sla ik systematisch over. Heel dom natuurlijk, maar ik werk op de eerste plaats met mijn verstand en mijn hart. Nog dommer vind ik echter al die regel-architecten, die veelal vanachter hun stalen bureau's in hun airconditioned kantoor kamers hun werk doen, met de niet weg te branden illusie dat hun pennevruchten tot een betere gezondheidszorg zullen leiden.

Toen ik enige tijd geleden bij het krieken van de dag met spoed naar een niersteen-patiënt moest, maakte ik gebruik van één van die semi-autobanen in de stad, waar je nog zo lekker kunt doorrijden en die gelukkig nog niet beklinderd zijn met aftandse straatstenen. Bijna ongemerkt passeerde ik een wagen, waarvan de chauffeur zich keurig aan de maximum snelheid hield. Hij vervoerde een paard en plots realiseerde ik mij dat mensen in dat soort situaties inderdaad rustig en verantwoord rijden. In de gezondheidszorg vervoeren wij geen paarden, maar werken wij met mensen en dan zou je toch tenminste diezelfde voorzichtigheid mogen verwachten. Hoe komt het dat vooralsnog zo vaak dat verantwoordelijkheidsbesef ontbreekt en dat er in de praktijk zoveel misgaat? Het is een vraag, die mij vrijwel dagelijks beklemt en mij niet alleen... Een leger aan politici, ambtenaren, gezondheidsmanagers en andere regelgevers klimt weer in de pen, want er zijn misstanden geconstateerd. Ik houd mijn hart vast, want één ding weet ik wel zeker: weer een nieuw wetje of een dozijn regeltjes zal geen enkele verbetering betekenen. Evenmin als een verdubbeling van het aantal verkeersregels de veiligheid op straat niet zal vergroten.

Ignace Schretlen